

# La malnutrizione dell'anziano: fenomeno da diagnosticare e trattare

**Maria Gabriella Gentile**

Primario Emerito Dietetica e Nutrizione Clinica Centro per la Cura Disturbi del Comportamento Alimentare Ospedale Niguarda, Milano

## INTRODUZIONE

La malnutrizione per difetto è una "vera malattia nella malattia" e si stima che almeno il 15% dei soggetti anziani sia a rischio. Negli ospedali per acuti e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) si stima che un paziente su 3 sia malnutrito o a rischio di malnutrizione e un paziente oncologico su 5 muoia di malnutrizione.

Una survey, che ha coinvolto 13 ospedali italiani, ha registrato una prevalenza media di malnutrizione del 30,7%, con valori più elevati negli anziani e nei pazienti oncologici. Percentuali sovrapponibili sono state riscontrate in altri Paesi europei, con variabilità compresa tra 20 e 50% (1).

In uno studio multicentrico che ha coinvolto 736 ospiti di RSA piemontesi è stata riscontrata una prevalenza di malnutrizione del 36% (2).

In ospedale il mancato riconoscimento della malnutrizione all'ingresso, il vitto inadeguato, i ripetuti digiuni per indagini diagnostiche, la mancata assistenza ai pasti sono alcuni dei fattori che contribuiscono all'aggravamento della malnutrizione durante la degenza (malnutrizione iatrogena).

La malnutrizione è frequente anche sul territorio. Nel Regno Unito è stato stimato che oltre il 90% dei soggetti malnutriti o a rischio di malnutrizione vive a domicilio (3).

Più complicanze, più infezioni, maggior durata della degenza comportano anche maggiori spese. Nel Regno Unito è stato stimato che la malnutrizione ha un costo di 15 miliardi di euro/anno, molto superiore al costo stimato per l'obesità (3,9-4,4 miliardi di euro/anno). Il costo della malnutrizione in Europa, stimato sulla base dei dati del Regno Unito, è di 170 miliardi di euro (3).

## QUALI INTERVENTI ATTIVARE?

Per poter identificare i soggetti a rischio di malnutrizione o che già ne sono affetti è necessario predisporre protocolli di valutazione semplici, di facile esecuzione a basso costo e facilmente ripetibili ed applicabili a tutti i soggetti all'ingresso di strutture sanitarie e/o socio assistenziali. Esistono vari protocolli di screening validati: qui vengono citati due di quelli che potrebbero essere di facile applicazione anche per i soggetti anziani, il *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST) (3,4) della società inglese di nutrizione artificiale - Bapen -, che descrive anche come valutare il soggetto allettato, e il *Mini Nutritional Assessment* (MNA) (5) specificamente messo a punto per la valutazione dello stato di nutrizione dell'anziano.

L'identificazione della malnutrizione precoce deve essere seguita da interventi nutrizionali mirati e differenziati a seconda delle condizioni generali della persona e del tipo e grado di malnutrizione presentato.

*Primo step.* Migliorare l'apporto nutrizionale selezionando la dieta per os, frazionando i pasti, curando gli aspetti organolettici.

*Secondo step.* Integrare la dieta per os con appositi supplementi nutrizionali orali (ONS): ne esistono di varie tipologie, gusti, consistenza, con apporti calorici differenti da (1 o 2 Kcal/ml), specifici per varie patologie e per soggetti disfagici. I loro costi sono contenuti: i costi degli ONS *standard* sono compresi tra 0,7 e 2 euro, mentre quelli specifici per patologia possono raggiungere circa 12 euro. Uno studio retrospettivo recentemente pubblicato ha evidenziato che l'utilizzo di ONS riduce la durata di degenza ospedaliera (di 2,3 giorni), i costi dell'ospedalizzazione e il rischio di reospedalizzazione.

*Terzo step.* Se l'intervento precedente non risultasse sufficiente e/o non fosse praticabile, come nel caso di grave disfagia per solidi e liquidi, l'intervento nutrizionale da attivarsi è quello della nutrizione artificiale.

Secondo le linee guida nazionali e internazionali la scelta del tipo di nutrizione artificiale deve considerare la funzionalità intestinale: -"se l'intestino funziona usalo"-, il che significa che nella quasi totalità dei pazienti medici e degli ospiti delle RSA la scelta è la Nutrizione Enterale (NE), cioè la somministrazione di soluzioni nutritive direttamente nell'apparato gastroenterico.

Allo stato attuale di conoscenza costituisce il trattamento di nutrizione artificiale di prima scelta perché:

- permette di nutrire la persona attraverso la via enterica fisiologicamente deputata a questa funzione;
- preserva e/o ripristina un corretto trofismo della mucosa intestinale (riducendo i rischi anche drammatici della traslocazione batterica);
- permette l'infusione contemporanea di macro e micronutrienti in modo bilanciato;
- presenta effetti collaterali minori ed è meglio tollerata dal punto di vista cardiocircolatorio e metabolico;
- ha costi nettamente inferiori (4-5 volte) rispetto alla Nutrizione Parenterale.

La somministrazione di soluzioni nutrizionali mediante sonde enteriche, gastriche o digiunali di per sé non controindica la contemporanea assunzione di cibo per os.

Se il soggetto non presenta altre patologie concomitanti (diabete, insufficienza renale, epatica) sono utilizzabili le miscele polimeriche presenti in commercio dotate di tutti i macro e micronutrienti necessari, prive di lattosio e glutine, a basso o normale residuo, a concentrazione calorica differente da 0.5 Kcal a 2 Kcal per ml. L'impiego di tali miscele sterili e liquide, oltre a garantire in modo noto i fabbisogni nutrizionali, riduce in modo rilevante le complicanze gastrointestinali legate a contaminazioni batteriche e quelle meccaniche a livello delle sonde naso gastriche, frequenti con l'uso di miscele allestite in modo artigianale.

In relazione alla supposta durata della terapia la NE può essere divisa in due grosse categorie: NE a breve termine (con previsione di trattamento inferiore

a 4-6 settimane) e NE a lungo termine. La scelta dell'accesso al tratto gastrointestinale dipende principalmente dalla durata prevista della nutrizione; altre valutazioni devono essere fatte sulle condizioni del tratto gastroenterico (ad es. presenza di stenosi serrata a livello delle prime vie digestive), dalle patologie concomitanti e dai rischi di aspirazione nelle vie aeree. Per la somministrazione della NE a breve termine devono essere utilizzate le sonde nasoenteriche (sonde nasogastriche, sonde nasoduodenali, sonde nasodigijunali), mentre per la NE a lungo termine è bene impiegare accessi diretti a livello gastrico o digiunale da posizionarsi per via endoscopica o laparotomia.

La scelta dei materiali per le sonde di accesso al tratto gastroenterico deve tenere conto della biocompatibilità, della flessibilità e della morbidezza dei materiali. Attualmente i materiali utilizzati per la costruzione di queste sonde sono il poliuretano o il silicone. Un più vantaggioso rapporto tra il calibro interno/esterno, un più agevole posizionamento anche senza mandrino, la possibilità di aspirare il contenuto endoluminale ed i minori costi attualmente portano ad una maggior diffusione delle sonde in poliuretano. La maggior parte delle sonde attualmente presenti in commercio è visibile ai raggi X.

Le sonde in PVC (polivinilcloruro) non possono essere utilizzate a scopi nutrizionali (sono responsabili di rilascio di materiali tossici e di decubiti a causa della scarsa biocompatibilità).

L'uso di pompe specifiche per la NE (nutripompe) garantisce la costanza della somministrazione ed una accurata regolazione della velocità di infusione con conseguente corretto monitoraggio della terapia e ne riduce le complicanze.

Va evitata la somministrazione in boli per elevata frequenza di effetti collaterali (vomito, iperperistalsi intestinale, diarrea), facilmente prevenibili con le nutripompe.

È opportuno sottolineare che il costo di una giornata di NE ospedaliera o in RSA varia tra 5 e 11 euro/paziente. La ristorazione ospedaliera *standard* varia da 10 a 17 euro a giornata per paziente.

La Nutrizione Parenterale trova la sua indicazione di impiego in una minoranza di pazienti: quasi esclusivamente nell'area critica e nei pazienti chirurgici con insufficienza anatomo-funzionale dell'intestino. La Nutrizione Parenterale è un trattamento salva-vita, ma rappresenta una via "non fisiologica" di apporto

di nutrienti; la sua tolleranza metabolica e cardiocircolatoria, in particolare nel soggetto anziano, è inferiore a quella della NE, gli effetti collaterali (sepsi, squilibri metabolici) sono molto più rilevanti e i costi 4-5 volte superiori.

I soggetti che non necessitano di essere ricoverati per altre ragioni che quelle correlate al trattamento con Nutrizione Artificiale possono, anzi dovrebbero essere inviati ad un trattamento di nutrizione artificiale domiciliare.

L'accessibilità alle cure domiciliari è, purtroppo, molto diversa da Regione a Regione. Ad esempio, la rimborsabilità di ONS e prodotti per disfagia non è attualmente garantita in tutte le Regioni italiane, ma i costi e le sofferenze conseguenti al non trattamento, ad esempio per le polmoniti *ab ingestis* nei disfagici non adeguatamente diagnosticati e trattati, ricadono su tutto il SSN.

Non affrontare la problematica della malnutrizione per difetto conseguente alle patologie acute e croniche particolarmente frequenti nei soggetti anziani,

dovrebbe essere oggi considerato "cattiva pratica clinica" – causa di un pesante aggravio di spesa sanitaria, di un peggioramento della qualità di vita della persona, della sua autonomia e aspettativa di vita.

## BIBLIOGRAFIA

1. Lucchin L, D'Amicis A, Gentile MG, et al. A nationally representative survey of hospital malnutrition: the Italian PIMAI (Project: Iatrogenic MALnutrition in Italy) study. *Mediterranean Journal of Nutrition and Metabolism*. 2009;Volume 2, Issue 3:171-179.
2. Pezzana A, Borgio C, Rosolin N, Amerio M. Survey on prevention, early screening and treatment of malnutrition in elderly homes. *Clinical Nutrition Supplements*. 2009;Vol. 4, Issue 2:39.
3. [www.bapen.org.uk/pdfs/improv\\_nut\\_care\\_report.pdf](http://www.bapen.org.uk/pdfs/improv_nut_care_report.pdf)
4. [www.bapen.org.uk/pdfs/must/must\\_full.pdf](http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
5. Linee d'indirizzo per La prevenzione della Malnutrizione. Azienda Sanitaria Locale di Milano Dipartimento di Prevenzione Medico S.C. Igiene Alimenti e Nutrizione S.S. Igiene e Nutrizione.
6. [www.mna-elderly.com/forms/mna\\_guide\\_italian.pdf](http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_italian.pdf)